

**RAHASIA MEDIS**

## SURAT KETERANGAN DOKTER KECACATAN/KELUMPUHAN DAN KETIDAKMAMPUAN

Nama Pasien :  
Nomor Rekam Medis :  
Tanggal Lahir :  
Alamat :

**Mohon diisi dengan huruf cetak dan informasi berdasarkan Catatan Rekam Medis Pasien**

1. Diagnosis Penyakit pada saat perawatan: \_\_\_\_\_

Hasil Pemeriksaan Fisik

Tanggal: \_\_\_\_ Bulan: \_\_\_\_\_ Tahun: \_\_\_\_\_

---



---



---

Hasil Pemeriksaan Penunjang

Jenis Pemeriksaan: ☐ CT-Scan Kepala ☐ MRI Kepala

Tanggal: \_\_\_\_ Bulan: \_\_\_\_\_ Tahun: \_\_\_\_\_

---



---



---

2. Bagian tubuh\* mana yang mengalami kecacatan/kelumpuhan?

(\*dapat dipilih lebih dari satu bagian tubuh yang mengalami kecacatan/kelumpuhan)

- |                   |                                |                               |                        |
|-------------------|--------------------------------|-------------------------------|------------------------|
| a. Mata           | <input type="checkbox"/> Kanan | <input type="checkbox"/> Kiri | Visus: _____ / _____   |
| b. Wajah          | <input type="checkbox"/> Kanan | <input type="checkbox"/> Kiri | Motorik: _____ / _____ |
| c. Tubuh          | <input type="checkbox"/> Kanan | <input type="checkbox"/> Kiri | Motorik: _____ / _____ |
| d. Lengan Atas    | <input type="checkbox"/> Kanan | <input type="checkbox"/> Kiri | Motorik: _____ / _____ |
| e. Lengan Bawah   | <input type="checkbox"/> Kanan | <input type="checkbox"/> Kiri | Motorik: _____ / _____ |
| f. Telapak Tangan | <input type="checkbox"/> Kanan | <input type="checkbox"/> Kiri | Motorik: _____ / _____ |
| g. Tungkai Atas   | <input type="checkbox"/> Kanan | <input type="checkbox"/> Kiri | Motorik: _____ / _____ |
| h. Tungkai Bawah  | <input type="checkbox"/> Kanan | <input type="checkbox"/> Kiri | Motorik: _____ / _____ |
| i. Telapak Kaki   | <input type="checkbox"/> Kanan | <input type="checkbox"/> Kiri | Motorik: _____ / _____ |

3. Apakah kondisi yang dialami Pasien saat ini, sifatnya **menetap** dan **tidak dapat disembuhkan** selama sisa hidup Tertanggung?
- ☐ Ya, sejak tanggal: \_\_\_\_\_ bulan: \_\_\_\_\_ tahun: \_\_\_\_\_
- ☐ Belum bisa ditentukan, masih dalam evaluasi
- ☐ Tidak
4. Apakah saat ini pasien memiliki kebutuhan/ketergantungan akan alat bantu?
- ☐ Ya      ☐ Tidak
5. Pasien mengalami ketidakmampuan\* untuk melakukan kegiatan berikut **tanpa bantuan orang lain:** (\*dapat dipilih lebih dari satu ketidakmampuan)
- ☐ Mandi
- ☐ Berpakaian
- ☐ Makan/minum
- ☐ Menggunakan toilet
- ☐ Mengubah posisi tubuh (misal: tidur menjadi duduk, duduk menjadi berdiri)
- ☐ Berpindah tempat (misal: berjalan ke ruangan lain)
6. Apakah kondisi Pasien saat ini memungkinkan Pasien melakukan pekerjaan atau profesi yang biasa Pasien lakukan untuk mendapatkan penghasilan/gaji?
- ☐ Ya
- ☐ Tidak, karena \_\_\_\_\_
7. Apakah Pasien masih melakukan kontrol ke Dokter untuk diagnosis di atas? Mohon dapat dijelaskan termasuk gejala sisa neurologis (jika masih ada)?

No	Tanggal Kontrol	Gejala Sisa Neurologis	Masih timbul saat kontrol
			<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
			<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
			<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak

Demikian semua keterangan yang Saya buat di atas adalah benar, sesuai dengan yang Saya ketahui berdasarkan Catatan Rekam Medis Pasien dan menghormati Sumpah Profesi.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_

( \_\_\_\_\_ )

**Surat ASLI atas jawaban pertanyaan bersifat RAHASIA, HANYA diberikan kepada bagian CLAIM PT Chubb Life Insurance Indonesia dan/atau orang yang telah ditunjuk dalam surat kuasa/surat penugasan**